



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION D'OBÉSITÉ

FEUILLE DE ROUTE 2026-2030

SOMMAIRE

1. La prise en charge des personnes en situation d'obésité est une priorité de santé publique	6
Eléments de définition	7
Données épidémiologiques sur l'obésité	7
2. Franchir un nouveau cap dans la prise en charge d'ici 2030 avec cette feuille de route	9
Les quatre objectifs fixés à échéance de la Feuille de route « Prise en charge des personnes en situation d'obésité » (FDRO)	9
Les trois axes structurant la FDRO	9
Une feuille de route organisée autour de 8 mesures, déclinées en 22 actions opérationnelles	9
Axe 1 - Orienter précocement dans les parcours de soins les personnes repérées en situation d'obésité, et améliorer le recueil et le traitement des données	10
Axe 2 - Structurer la prise en charge en poursuivant et complétant les filières Obésité avec l'appui des CSO	11
Axe 3 - Développer la formation et outiller les professionnels de santé (soignants et autres intervenants)	11
3. Les mesures déjà déployées en 2025 en préparation de la feuille de route	12
Reconnaissances supplémentaires de CSO portant leur nombre à 42 en 2025 (+5 par rapport à 2024)	13
Prise de position « accompagnement des prescriptions des traitements médicamenteux de lutte contre l'obésité »	13
Transposition dans le droit commun du 1 ^{er} PCR Obésité « prise en charge médicale chez l'adulte »	13

ÉDITORIAL |

DE LA MINISTRE

DE LA SANTÉ |



Stéphanie RIST

Ministre de la santé, des familles, de l'autonomie des personnes handicapées

Il y a plus de quinze ans, la France faisait le choix d'affirmer l'obésité comme un enjeu majeur de santé publique. Avec le Plan Obésité 2010–2013, porté aux côtés du professeur Basdevant, notre pays posait des bases structurantes : reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique, création des centres spécialisés, affirmation d'une prise en charge fondée sur la pluridisciplinarité. Quelques années plus tard, la feuille de route 2019–2022, conduite avec le professeur Ziegler, renforçait cette dynamique en structurant les filières Obésité à l'échelle des territoires.

Ces avancées ont compté. Elles ont permis de consolider une offre de soins, d'améliorer l'organisation des parcours et de rapprocher la France des pays les plus engagés dans la prise en charge de l'obésité. Mais elles ne suffisent plus.

Car l'obésité continue de progresser et en particulier les formes les plus sévères. Elle touche de plus en plus tôt. Elle s'inscrit durablement dans les inégalités sociales, économiques et territoriales. Elle expose à des complications médicales graves, altère la qualité de vie, limite la mobilité, fragilise l'accès à l'emploi et aux soins. Les bilans récents, les recommandations de la Haute Autorité de santé, comme le rapport remis en 2023 par le professeur Laville, convergent : si des progrès ont été réalisés, les réponses restent trop fragmentées, trop tardives, parfois inaccessibles pour celles et ceux qui en ont le plus besoin.

La feuille de route obésité 2026–2030, copilotée avec le Pr ARON-WISNEWSKY missionnée depuis le 1^{er} juin 2025, s'inscrit dans cette lucidité. Elle porte la politique du Gouvernement en matière de prise en charge de l'obésité par le système de soins. Elle n'est ni une rupture, ni une simple continuité. Elle consolide ce qui fonctionne, corrige ce qui fragilise, et accélère là où l'attente est forte.

Pensée en articulation étroite avec le prochain Programme national nutrition santé (PNNS), elle couvre la prévention secondaire et tertiaire de l'obésité, en

combinant l'ensemble des composantes de la prise en charge : pédiatrique, médicale adulte et chirurgicale. Le PNNS 5, en cours de finalisation, portera quant à lui l'ambition de la prévention primaire : amélioration de l'offre alimentaire, promotion de l'activité physique, lutte contre la sédentarité. Ensemble, ces deux cadres dessinent une action publique cohérente, continue, lisible.

Soigner l'obésité, c'est accepter une réalité : il s'agit d'une prise en charge au long cours, qui exige des parcours coordonnés, une approche globale de la personne, des professionnels formés, des équipements adaptés, des solutions de transport et d'accessibilité, notamment pour les formes graves et complexes. C'est aussi reconnaître que l'obésité est un marqueur de vulnérabilité sociale, et que l'accès aux soins ne peut être conditionné ni par les ressources financières, ni par le lieu de vie.

C'est pourquoi la feuille de route 2026–2030 se structure autour de trois axes stratégiques, déclinés en huit mesures et vingt-deux actions opérationnelles. Elle mobilise l'ensemble des compétences : ministères concernés, agences régionales de santé, collectivités territoriales, professionnels de santé, chercheurs, acteurs de la société civile, associations et, bien sûr, les personnes concernées. Les ARS continueront d'être accompagnées dans la déclinaison territoriale, au sein des programmes régionaux de santé, pour renforcer la sensibilisation des populations, développer l'éducation thérapeutique du patient et animer les filières Obésité.

Construite avec et pour les personnes en situation d'obésité, cette feuille de route est un cadre vivant. Elle a vocation à s'enrichir, à s'adapter, à évoluer au plus près des besoins et des réalités de terrain.

Je le réaffirme, ici, notre responsabilité est de garantir, à chaque personne concernée, un accès précoce, équitable et soutenable à des soins et à un accompagnement conforme à ses besoins. C'est à cette condition que la prise en charge de l'obésité pourra devenir pleinement effective, durable et juste.

1.

**LA PRISE
EN CHARGE
DES PERSONNES
EN SITUATION
D'OBÉSITÉ
EST UNE PRIORITÉ
DE SANTÉ PUBLIQUE**

ÉLÉMENTS DE DÉFINITION

Le surpoids est une situation à risque d'entrer ultérieurement dans l'obésité et ses complications. L'obésité quant à elle est une **maladie complexe chronique**¹ caractérisée par une adiposité excessive qui induit des conséquences néfastes sur la santé et qui s'associe à de nombreuses maladies chroniques. Selon la classification de l'OMS, les adultes de plus de 18 ans présentant un IMC supérieur ou égal à 30 sont en obésité, et ceux présentant un IMC supérieur ou égal à 25 mais inférieur à 30 sont en surpoids et à risque de développer secondairement une obésité.

Il s'agit dans la plupart des cas d'une maladie multifactorielle due à des environnements obésogènes, à des facteurs psycho-sociaux (dont des traumatismes graves engendrant fréquemment des troubles du comportement alimentaires sévères) et à des variantes génétiques. Chez certains patients, des facteurs étiologiques majeurs isolés peuvent être identifiés et entraîner une prise de poids (médicaments, maladies aggravées par l'obésité, immobilisation, actes iatrogéniques, maladie monogénique/syndrome génétique, causes secondaires (craniopharyngiome)). Les déterminants du surpoids et de l'obésité sont multiples et seule leur compréhension fine permet d'aller au-delà de la seule mesure de l'IMC pour définir un projet de soins personnalisé avec la personne concernée et les personnes et/ou professionnels qui prennent soin d'elle le cas échéant².

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR L'OBÉSITÉ

Malgré les limites reconnues de l'IMC à l'échelon individuel, cet index est majeur pour évaluer les données épidémiologiques. Le surpoids et l'obésité touchent près de la moitié de la population de l'UE-27, avec des disparités marquées entre les pays. Des disparités sont également observées selon le genre, l'âge et le revenu : les hommes ont une probabilité plus importante d'être en surcharge pondérale, tandis que les femmes ont un risque d'obésité plus élevé³. Dans les 16 pays de l'OCDE où des données mesurées sont disponibles, 60 % des adultes étaient en surpoids ou en obésité en 2021 (ou année la plus proche), et 26 % étaient en obésité⁴.

Données épidémiologiques dans la population adulte en France :

Si le taux de la population en surpoids et en obésité a légèrement baissé entre 2015 et 2024, c'est la proportion de la population adulte en obésité qui a augmenté.

Ainsi, en 2015, 49 % des adultes étaient au moins en surpoids et 17 % en situation d'obésité⁵. En 2024, 48,8 % de la population française est au moins en surpoids mais 18,1 % de la population adulte française est en obésité⁶. C'est par ailleurs la prévalence des personnes atteintes d'obésité sévère qui a le plus progressé ces dernières années.

La dernière enquête ODOXA 2024 signale que l'obésité touche 20,1 % des personnes de 65 ans à 69 ans et 14 % des personnes de plus de 80 ans.

Données épidémiologiques pour les obésités sévères en France :

Nous disposons en France d'enquêtes épidémiologiques qui sont réalisées régulièrement depuis 1997 et qui permettent de suivre l'évolution de l'épidémiologie. Ce sont des enquêtes sur des échantillons de patients avec des données déclaratives. Néanmoins, elles nous éclairent.

Selon l'[Enquête ODOXA-Ligue contre l'Obésité, 2024](#), 6,1 % de la population adulte française est en situation d'obésité sévère ou massive (IMC>35). Il n'existe pas encore de données épidémiologique permettant de caractériser le nombre de patients en obésité complexe ou très complexe relevant des niveaux 2 et 3 de prise en charge selon les dernières recommandations HAS 2022⁷.

En effet, la sévérité de l'obésité ne se caractérise plus seulement par l'IMC mais par la présence d'au moins un des 7 paramètres suivants : IMC, retentissement médical, retentissement fonctionnel, troubles psychopathologiques causes ou conséquence de l'obésité, étiologie de l'obésité, présence d'un trouble du comportement alimentaire dont l'hyperphagie boulimique et trajectoire de l'obésité. Ces données de prévalence ne sont pas actuellement disponibles faute de traçage systématique dans le Système national des Données de Santé (SNDS).

1. HAS, 2022. [Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent\(e\)](#)

2. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte

3. DREES, juillet 2024. [Surpoids et obésité : facteurs de risque et politiques de prévention en France et dans le monde](#)

4. [Rapport panorama de la santé, OCDE, 2023](#)

5. Enquête Esteban 2014-2015

6. [Enquête ODOXA-Ligue contre l'Obésité, 2024](#)

7. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf

L'obésité est associée à un fort gradient social : La dernière enquête ODOXA 2024 signale que seulement 19 % des Français en IMC « normal » disent être en situation de « difficultés économiques dans leur foyer », alors qu'ils sont deux fois plus nombreux à le dire parmi les personnes en obésité sévère (34 %) ou massive (37 %). L'obésité concerne donc 24,7 % des personnes en difficulté économique.

Données épidémiologiques dans la population pédiatrique en France :

Chez les enfants de 6 ans à 17 ans le surpoids (obésité incluse) était de 17 % en 2015 et l'obésité de 4 %⁸

En 2020, près de 20 % des enfants et adolescents étaient en surpoids ou en situation d'obésité (ObEpi 2020). La dernière enquête ODOXA 2024 n'a pas évalué la prévalence de l'obésité dans les populations pédiatriques.

Données épidémiologiques de l'obésité en régions :

En métropole, il existe une grande disparité de prévalence de l'obésité selon les régions. En effet, la prévalence de l'obésité (parmi la population adulte) dépasse les 21 % en Centre-Val-de-Loire et en Hauts-de-France. Elle est la moins élevée (< 16 %) parmi la population d'Ile de France et d'Occitanie.

Données épidémiologique de l'obésité en outre-mer :

Alors que 17,9 % de la population adulte est en situation d'obésité en métropole, ce taux s'élève à 22,4 % en outre-mer⁹.

Si le taux d'obésité est sensiblement le même pour les femmes et les hommes en métropole, celui des femmes est plus élevé que celui des hommes dans les DROM¹⁰, l'écart le plus important se situant à Mayotte. Les femmes de 15 ans ou plus sont 23 % à être en obésité en Guadeloupe et en Guyane, 25 % en Martinique, 20 % à La Réunion et 34 % à Mayotte contre seulement 16 % pour les hommes de cette classe d'âge à Mayotte. Parmi les femmes âgées de 45 ans ou plus, plus de 50 % d'entre elles sont en obésité à Mayotte. Cette forte prévalence de l'obésité parmi les femmes à Mayotte s'accompagne d'un excès de sédentarité, seul territoire où il existe un écart significatif entre les

femmes et les hommes pour cet indicateur : 42 % des femmes présentent un excès de sédentarité (passer éveillé plus de 7 heures par jour assis ou allongé) contre 31 % des hommes.

Données quantitatives concernant les médecins formés à la prise en charge de l'obésité:

2 à 3 000 professionnels de santé sont formés en DES EDN (mais qui se tournent peu vers la nutrition). Le DESC de nutrition qui permettait la formation complémentaire en nutrition de médecins pédiatres, généralistes, gastroentérologue, n'existe plus actuellement. Environ 500 professionnels de santé en plus des DES EDN ont reçu cette formation.

Afin de répondre à ces enjeux, le gouvernement lance la feuille de route 2026 – 2030 pour la prise en charge des personnes en situation d'obésité.

8. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/pdf/2017_13_1.pdf

9. [Enquête ODOXA-Ligue contre l'Obésité, 2024](#)

10. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/enquete-de-sante-europeenne-une-sante-percute-plus-degradee-dans-les>

2.

**FRANCHIR
UN NOUVEAU CAP
DANS LA PRISE
EN CHARGE D'IC 2030
AVEC CETTE FEUILLE
DE ROUTE**

LES QUATRE OBJECTIFS FIXÉS À ÉCHÉANCE DE LA FEUILLE DE ROUTE « PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION D'OBÉSITÉ » (FDRO)

1. Contribuer à infléchir la courbe d'évolution de la population en situation d'obésité et à améliorer la santé des personnes en situation d'obésité
2. Augmenter la file active d'accès à des soins personnalisés, en proximité et sur le long cours, pour les personnes en situation d'obésité
3. Développer le nombre d'intervenants sensibilisés et augmenter le nombre de professionnels formés
4. Capitaliser sur les parcours et les prises en charge innovantes en couvrant les différents niveaux de prise en charge graduée

LES TROIS AXES STRUCTURANT LA FDRO

1. Orienter précocement dans les parcours de soins les personnes repérées à risque et en situation d'obésité, et améliorer le recueil et le traitement des données
2. Structurer la prise en charge en poursuivant et complétant les filières Obésité¹¹ avec l'appui des CSO
3. Développer la formation et outiller les professionnels de santé (soignants et autres intervenants)

UNE FEUILLE DE ROUTE ORGANISÉE AUTOUR DE 8 MESURES, DÉCLINÉES EN 22 ACTIONS OPÉRATIONNELLES

La feuille de route 2026– 2030 pour la prise en charge des personnes en situation d'obésité a été élaborée et pensée comme un cadre de travail et d'organisation large et évolutif, afin que l'ensemble des acteurs puisse s'inscrire dans sa construction définitive et décliner les actions proposées en concertation avec l'ensemble des parties prenantes.

11. Les filières Obésité structurent à l'échelle des territoires la prise en charge des personnes en situation d'obésité, en organisant une offre de soins spécialisée et un accès à l'expertise pour apporter une réponse adaptée aux besoins des patients. Elles sont formalisées par des conventions qui précisent les missions, les complémentarités et les articulations entre les différents acteurs. Elles se fondent sur trois principes organisationnels :
- La gradation des parcours de soins et leur organisation en trois niveaux de recours, en conformité avec les recommandations de la HAS ;
- Une conception et un pilotage au niveau de la région, un déploiement opérationnel et une animation au niveau des territoires sous l'égide de l'ARS ;
- L'organisation d'une offre complète, comprenant les trois composantes de la filière (médicale adulte, pédiatrique et chirurgicale) et un fonctionnement décloisonné favorisant les échanges (dont les réunions de concertation pluridisciplinaires - RCP, les protocoles de transition adolescent-adulte, etc.).

Axe 1 - Orienter précocement dans les parcours de soins les personnes repérées en situation d'obésité, et améliorer le recueil et le traitement des données

Mesure n°1 : Repérer, sensibiliser et outiller les intervenants pour orienter les personnes dans les parcours

Action 1 : Sensibiliser les PMI au repérage et à l'orientation des enfants de 0 à 6 ans, et organiser leur contribution au recueil de données épidémiologiques

Action 2 : Repérer les situations d'obésité en milieu scolaire et faciliter l'orientation dans un parcours de soins

Action 3 : Repérer les situations d'obésité et étudier les conditions nécessaires au recueil systématique d'indicateurs lors des examens périodiques de santé de l'enfant

Action 4 : Repérer les situations d'obésité et étudier les conditions nécessaires au recueil systématique d'indicateurs et données épidémiologiques lors des examens périodiques de santé chez l'adulte

Action 5 : Outiller les professionnels des services de santé au travail pour le repérage et l'adressage des patients en situation d'obésité

Mesure n°2 : Expertiser les conditions de recueil et de traitement des données

Action 6 : Expertiser les conditions de numérisation des données de façon anonymisée et d'utilisation à des fins d'analyses épidémiologiques

Mesure n°3 : Disposer de données épidémiologiques

Action 7 : Disposer de données épidémiologiques en **population générale**, et améliorer le codage PMSI (niveaux de sévérité, notamment)

Action 8 : Améliorer la connaissance épidémiologique de **l'hyperphagie boulimique** en France (contributive de certaines formes d'obésité)

Axe 2 - Structurer la prise en charge en poursuivant et complétant les filières Obésité avec l'appui des CSO

Mesure n°4 : Fédérer les acteurs de la prise en charge de l'obésité

Action 9 : Accompagner et suivre la structuration des filières obésité en régions

Action 10 : Sensibiliser les professionnels de santé de premier recours à la thématique de l'obésité dans le cadre de l'animation nationale et territoriale

Action 11 : Déployer des parcours innovants et accompagner leur montée en charge auprès des acteurs

Mesure n°5 : Soutenir l'innovation thérapeutique

Action 12 : Suivre la mise à disposition de **nouveaux traitements** (médicamenteux ou chirurgicaux de l'obésité) dans la perspective de leur intégration et de leur prise en charge dans les parcours de soins

Action 13 : Améliorer la **pertinence du parcours bariatrique** : de l'orientation au suivi des personnes opérées

Action 14 : Soutenir le développement de la **branche hyperphagie boulimique**, au sein de la filière TCA et en coordination avec la filière obésité et les structures de la psychiatrie et de l'addictologie

Mesure n°6 : Améliorer l'accès des personnes en situation d'obésité très complexe de par leur corpulence et/ou leur état grabataire

Action 15 : Améliorer les conditions d'accès à un **transport adapté** aux personnes en situation d'obésité

Action 16 : Développer l'**offre SMR Nutrition**, pour adulte et pour enfant

Action 17 : Organiser l'accès à l'expertise et aux soins dans des conditions adaptées à une **prise en charge médico-sociale, en cabinets de ville et aux domiciles**

Axe 3 - Développer la formation et outiller les professionnels de santé (soignants et autres intervenants)

Mesure n°7 : Structurer la filière universitaire médicale

Action 18 : Augmenter les flux de formation des médecins au sein de la filière d'internat **endocrinologie-diabétologie-nutrition (EDN)** et de la formation spécialisée transversale (FST) **nutrition appliquée**

Action 19 : Développer un module d'enseignement spécifique sur l'obésité dans le **3^e cycle des études médicales d'autres spécialités que EDN**

Mesure n°8 : Développer une offre de formation transversale aux professionnels de la prise en charge

Action 20 : Proposer des programmes de formation sur l'obésité et sa prise en charge à destination des professionnels et des patients experts, incluant le **repérage de l'hyperphagie boulimique**

Action 21 : Incrire la prévention et la prise en charge de l'obésité dans **l'offre de formation continue** et en **mesurer l'impact sur les pratiques**

Action 22 : Faire évoluer la **formation des diététiciens**

3.

LES MESURES DÉJÀ DÉPLOYÉES EN 2025 EN PRÉPARATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

RECONNAISSANCES SUPPLÉMENTAIRES DE CSO PORTANT LEUR NOMBRE À 42 EN 2025 (+5 PAR RAPPORT À 2024¹²)

Hormis Mayotte dont l'offre CSO est construite en lien avec le CSO de La Réunion, l'ensemble des régions et outre-mer sont couverts par un ou plusieurs CSO.

Sur l'appui des diagnostics régionaux des besoins et de l'offre spécialisée élaborés par les ARS avec les acteurs de la prise en charge de l'obésité, deux régions ont identifié le besoin d'étoffer leur offre de CSO : Hauts-de-France (2 nouveaux CSO) et Bretagne. Ces créations accompagnent l'organisation de filières Obésité couvrant l'ensemble de leur territoire régional et animées avec les établissements porteurs d'équipes de CSO. Les deux autres régions, jusqu'alors non dotées de CSO qui s'en sont pourvues sont la Corse et la Guyane.

PRISE DE POSITION « ACCOMPAGNEMENT DES PRESCRIPTIONS DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DE LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ »

Les bénéfices pour les patients des nouvelles stratégies médicamenteuses sont acquis (diminution du poids, améliorations des complications de l'obésité...). Néanmoins, ce développement clinique est encore récent et nécessite une vigilance particulière quant aux risques encourus par les patients (nutritionnels, mésusage...). La place de ces traitements a été clarifiée dans les recommandations HAS 2022 sur la prise en charge de l'obésité mais des parcours de soins dédiés et spécifiques doivent être créés afin de maintenir leur pertinence dans la stratégie thérapeutique globale de l'obésité. Cela requiert de former les professionnels de santé à leur prescription et à leur suivi.

Sous la conduite du Groupe de Concertation et de Coordination des Centres Spécialisés de l'Obésité (GCC-CSO) présidé par le Pr Judith ARON-WISNEWSKY, et du réseau FORCE coordonné par le Pr Emmanuel DISSE, un collectif de professionnels a établi une prise de position sur les traitements médicamenteux de l'obésité (TMO) chez les adultes à titre d'accompagnement des pratiques¹², document endossé par 11 sociétés savantes du domaine de la nutrition et des associations de

patients en obésité. Communiquée fin novembre 2025, il est proposé de la mettre à jour à échéance régulière (avancé : tous les deux ans) dans le cadre de la FDRO.

TRANSPOSITION DANS LE DROIT COMMUN DU PREMIER PCR OBÉSITÉ « PRISE EN CHARGE MÉDICALE CHEZ L'ADULTE »

Parmi les nombreux parcours « Article 51 » expérimentés, et arrivés à échéance dans des conditions probantes, un projet proposait une prise en charge des personnes adultes relevant d'une situation d'obésité complexe. Conçu sur deux ans, il comprenait une prise en charge médicale et non médicale (en diététique, psychologie ou activité physique adaptée (APA), dans le cadre d'un programme de soins et d'éducation thérapeutique du patient adapté à ses besoins. Organisé autour d'une équipe socle (médecin, infirmier), il prévoyait une coordination du parcours individuel et des différents intervenants.

A l'issue de l'évaluation conduite et des enseignements tirés, un premier Parcours Coordonné Renforcé « obésité » a ainsi été élaboré, qui sera publié en début d'année pour être déployé courant 2026. D'autres parcours sont en préparation, centrés sur les populations des enfants et des personnes orientées vers la chirurgie bariatrique, qu'il importera d'articuler et d'intégrer aux filières Obésité.



Lire l'article sur les recommandations CSO

12. <https://www.obesitefrance.fr/actualites/prise-de-position-nationale-sur-les-traitements-medicamenteux-de-l-obesite-et-leur-accompagnement-en-pratique>



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*